



**HAL**  
open science

# Musicothérapie et pluridisciplinarité, de l'indication à la place

Violetta Donini, Alice Fillias, Alice Miller

► **To cite this version:**

Violetta Donini, Alice Fillias, Alice Miller. Musicothérapie et pluridisciplinarité, de l'indication à la place. *Revue française de musicothérapie*, 2023, 40 (2). hal-04090972

**HAL Id: hal-04090972**

**<https://hal.science/hal-04090972v1>**

Submitted on 6 May 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



# La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française  
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 40 - numéro 02 - mai 2023

## Musicothérapie et pluridisciplinarité, de l'indication à la place

**Violetta Donini**  
*Musicothérapeute*

**Alice Fillias**  
*Orthophoniste*

**Alice Miller**  
*Psychologue*

### Résumé

La musicothérapie donne souvent lieu à des groupes thérapeutiques mais la littérature recense peu de références en lien avec un travail pluridisciplinaire en CMPP. Ainsi, nous vous présenterons trois exemples de co-thérapies associant la psychologie, la psychomotricité et l'orthophonie à la musicothérapie. A travers ce travail multidisciplinaire nous explorerons la question de l'indication à celle de la place. Pour cela, cet article propose d'abord « l'avant » d'un groupe de communication sonore en présentant les bilans psychologique et psychomusical, puis les questions sous-tendues lors d'un groupe musicothérapie-psychomotricité qui aborde le « pendant » de la séance et enfin, l'analyse à posteriori du groupe associant l'orthophonie et musicothérapie c'est-à-dire « l'après ». Le fonctionnement institutionnel et la co-thérapie sont abordés à travers nos observations cliniques, avec pour résultat une mise en perspective de la place de la musicothérapie au CMPP et du traitement de la question du sonore et du langage dans chacun de ces groupes.

### Mots clés

Musicothérapie, co-thérapie, psychologie, psychomotricité, orthophonie, Communication Sonore, bilan psycho-musical, CMPP.

## **Abstract**

Pluridisciplinary groups using music therapy are frequent however there are few scholarly works referring to this type of therapy in a CMPP (Centre Medico Psycho Pedagogique). This article presents three examples of co-therapy associating psychology, psycho-motor therapy and speech therapy with music therapy. This pluridisciplinary approach focuses on the question of therapeutic indication and the role of patients and therapists within the session. In order to explore these elements, this article first proposes a comparison of clinical situations that emerged during the construction of a sound-based communication group. Second, we explore the questions that arose during a psychomotor-music therapy group, and third, the analysis in the aftermath of a group led by a speech therapist and a music therapist. Through our clinical observations, we look at how music therapy exists in an institution such as a CMPP and explore the questions of sound and language in each of the pluridisciplinary groups.

## **Key words**

Music therapy, co-therapy, psychology, psychomotor therapy, speech therapy, Sound-based communication, psycho-musical test, CMPP.

## INTRODUCTION GENERALE

Cet article découle de la journée d'étude de l'Association Française de Musicothérapie, le 5 février 2021, consacrée à la musicothérapie et la pluridisciplinarité. Lors d'une table ronde, nous étions trois thérapeutes : Alice Fillias, orthophoniste, Alice Miller, psychologue et Violetta Donini, musicothérapeute. Le travail avec notre collègue psychomotricienne sera également évoqué au cours de cet article. C'est au CMPP<sup>1</sup> de Boulogne Billancourt que nous nous sommes rencontrées et avons décidé de créer en binôme trois groupes thérapeutiques.

Nous présenterons ces trois travaux pluridisciplinaires selon un fil conducteur temporel : l'avant, le pendant et l'après d'un groupe thérapeutique. Dans chacun de ces groupes, la musicothérapeute était présente avec une co-thérapeute différente.

En ce qui concerne "l'avant", nous nous pencherons sur une description et une analyse des processus qui entrent en jeu lors de la création d'un groupe pluridisciplinaire, à travers un dispositif de Musicothérapie Analytique de Groupe (la Communication Sonore). Nous allons ensuite examiner le "pendant" de la séance du groupe "Musique en corps" où les mêmes supports sont utilisés différemment selon les thérapeutes. Dans un troisième temps, nous allons partager les réflexions qui ont émergé dans "l'après" du groupe "Bla Boum".

Ces trois groupes sont différents les uns des autres, non seulement par leur contenu, les pathologies des patients, mais également dans leur longévité. Nous allons vous présenter des réflexions basées sur notre pratique et expérience; et nous partagerons également des vignettes cliniques. Ce travail à trois a été riche en enseignements mais aussi complexe, aussi bien d'un point de vue organisationnel que théorique.

Cet article a été pensé et écrit à plusieurs voix, pour plus de clarté, nous avons choisi d'écrire nos initiales dans les sections où nous relatons nos réflexions personnelles.

## I. Musicothérapie et psychologie : L'avant

### Violetta Donini, musicothérapeute et Alice Miller, psychologue clinicienne

#### 1. Historique du groupe, questionnements et réflexions

Une description et analyse des processus qui entrent en jeu lors de la création d'un groupe pluridisciplinaire, à travers l'élaboration d'un dispositif de musicothérapie analytique de groupe (Communication Sonore).

##### a. Historique du groupe

AM : L'histoire de ce groupe débute lors d'une réunion plénière au CMPP, fin septembre 2018, lorsque Violetta Donini annonce qu'elle souhaite mettre en place un groupe de musicothérapie. Elle voudrait s'appuyer sur la communication sonore et partir des principes de Musicothérapie Analytique de Groupe<sup>2</sup> (MAG comme on le surnomme). Elle cherche quelqu'un avec qui l'animer.

Au moment où je lève la main pour me proposer comme candidate, je suis en poste au CMPP depuis un an seulement. En parallèle de cette activité, je travaille dans un hôpital de jour pour enfants autistes, où la pratique de groupe thérapeutique à médiation est plus que majoritaire. Enfin, je viens d'intégrer un groupe de percussion brésilienne, une Batucada. C'est la jonction de ces différentes expériences qui est en train de provoquer le début d'une prise de conscience de l'impact et des transformations

---

<sup>1</sup> Centre-Médico-Psycho-Pédagogique où des enfants et adolescents de trois à vingt ans sont pris en charge pour des troubles d'ordre psychique, psychomoteur, comportemental ou des difficultés d'adaptation.

<sup>2</sup> Voir l'ouvrage de Edith Lecourt (2007) sur le sujet où le dispositif de la Communication Sonore est développé.

Pour résumer, un groupe de participants improvise avec la consigne d'entrer en relation les uns avec les autres par l'intermédiaire des sons, sans parler. Cette improvisation est enregistrée ; une première verbalisation se fait lorsque les participants ont arrêté de jouer, puis une deuxième verbalisation a lieu suite à la réécoute de l'enregistrement.

que le groupe et le sonore opèrent en moi. C'est certainement l'ensemble de ces éléments qui m'ont procuré un élan d'enthousiasme à l'idée de découvrir la musicothérapie à travers la création de ce groupe.

Ainsi, nous avons une musicothérapeute, une psychologue, un projet de groupe rédigé et distribué aux collègues. Il ne manque plus que les indications. Avant, il faut savoir que la musicothérapie a débuté au CMPP en même temps que Violetta Donini, et bien que des groupes de réflexions aient été réalisés pour penser l'intégration de la musicothérapie dans les pratiques, le nouveau groupe proposé est une première. Ainsi, il ne suscite pas de représentation claire dans l'esprit de chacun et, à sa création, les indications ne sont pas immédiates. Ceci explique peut-être en partie pourquoi tous les patients ont été pré-recrutés par mes soins au cours de bilans psychologiques. Après discussion avec le médecin référent, Violetta Donini a vu les patients en bilan psycho-musical. Là est l'une des particularités de notre groupe : chacun des trois patients a passé un bilan psychologique et peu de temps après un bilan psycho-musical. Le groupe débute finalement en Janvier 2019, il s'arrêtera 6 mois plus tard en juin et ne pourra pas être repris à la rentrée scolaire suivante pour des raisons extérieures au groupe (congé maternité et COVID).

## **b. Réflexions et questionnements**

Pour penser les fondements du groupe MAG nous nous sommes appuyées sur plusieurs auteurs ayant pensé l'intrication du sonore dans le développement psycho-affectif de l'humain, l'émergence du langage et le rapport au verbal dès la naissance. Contrairement à ce qu'indique le nom de la discipline, la musicothérapie ne s'élabore pas uniquement autour de la relation du patient avec la musique mais concerne aussi et surtout le sonore dans sa globalité.

Anzieu, lorsqu'il analyse les différents types de contenants dans le *Moi-peau* (2006) insiste sur l'importance de « l'enveloppe sonore ». Le sonore étant notre premier espace psychique, il permet au Soi de se structurer, en

fonction de l'espace et du temps. Edith Lecourt (2006) développe ce concept plus en profondeur en précisant le terme « d'enveloppe musico-verbale ». Cette dernière est constituée d'une face verbale tournée vers l'extérieur, et une musicale plus tournée vers l'intérieur. Pour elle, sur le plan sonore [Citation] « le niveau de mentalisation n'est véritablement atteint qu'avec les codes du langage verbal et de la musique. Ceux-ci constituent des zones privilégiées à l'intérieur du sonore, de sons et de silences totalement maîtrisables et reproductibles. » (p. 300-301).

Bien que la syntaxe se mette en place autour de l'âge de deux ans, le cerveau prépare cet apprentissage avec beaucoup d'anticipation. Olivier Houdé, dans *La psychologie de l'enfant* (2015) décrit une expérience où des voix féminines racontent des histoires à des bébés de 3 mois. Il en ressort que les bébés activent, au niveau cérébral, les régions du langage de l'hémisphère gauche proches de celles que l'adulte active lorsqu'il écoute des histoires : ce qui deviendra les aires du langage est déjà sollicité, et ce, pratiquement dès la naissance.

Il est intéressant de rapprocher cette expérience avec la notion de « cavité sonore primitive » qu'Edith Lecourt évoque dans *Le sonore et la figurabilité* (2006). Ce concept reprend l'image de René Spitz concernant la cavité orale comme organisateur primaire de perceptions. Madame Lecourt développe cette notion en expliquant l'importance que joue le sonore dans cette organisation : [Citation] « le sonore y a une importance particulière, et cela dès le premier cri, car il inaugure le rapport intérieur/extérieur de toute production vocale, le son émis étant entendu simultanément, bien que différemment (de façon aérienne), expérience qui marque une première distanciation. » (p. 298). D'autre part, Eduarda Carvalho s'intéresse au sonore pendant la grossesse et examine la relation fœtale avec la mère : [Citation] « on peut observer une coïncidence temporelle dans l'apparition de deux compétences du fœtus : sa capacité d'écouter la voix maternelle et celle de sucer son pouce. On peut donc s'interroger sur l'hypothèse d'un accordage prénatal entre la

voix de la mère et le mouvement de succion du fœtus.” (Carvalho, 2015, p.51). Bien avant l’apparition du langage, aussi bien au niveau psychique, que physique, le sonore est donc organisateur de perceptions, sur lesquelles se bâtit le langage.

Les fondements du langage et du sonore, la musicothérapie analytique de groupe et des bilans psychologiques et psycho-musicaux pour chacun des patients : voilà les fondations sur lesquelles nous allons bâtir notre groupe de communication sonore.

Ainsi, lors de la préparation de la journée d’étude et a fortiori de cet article, un certain nombre de questions nous sont apparues. Puisque nous avons la chance d’avoir un bilan psychologique et psycho-musical, pouvons-nous les comparer ? Quelles seraient les similitudes qui se dégageraient des bilans ? Pourquoi et comment ces indications avaient pu être posées ?

Nos trois patients, d’âge similaire, avaient pourtant trois personnalités très différentes. Comment ont-ils fait groupe avec leurs différences ? Quel accordage sonore ou psychologique pouvons-nous observer ?

Enfin vient la question de la place du professionnel, de chacune dans le groupe. Avec la double casquette de Violetta Donini, à la fois musicothérapeute et musicienne, comment se laisser aller à la communication sonore ? Et pour la psychologue, comment se passe l’infiltration d’un groupe de musicothérapie ?

C’est à partir des deux vignettes cliniques suivantes que nous tenterons de répondre à ces questions.

## **2. Particularités et différences des bilans, indications thérapeutiques**

Comme nous avons pu l’évoquer plus haut, les trois participants au groupe MAG ont passé chacun un bilan psychologique et un bilan psycho-musical. Alice Miller a fait passer le WISC-V ainsi que des épreuves projectives (Rorschach et TAT) et Violetta Donini un bilan psycho-musical composé d’éléments projectifs et d’exploration active instrumentale.<sup>3</sup> Nos trois patients, deux filles et un garçon, étaient en classe de CM2.

Évidemment, afin que notre article ne soit pas trop long, nous avons dû faire des coupes dans la présentation des bilans perdant ainsi par moments des informations ce qui, nous l’espérons, n’enlèvera que peu de chose à la compréhension de notre propos. Nous avons choisi de conserver l’ordre chronologique de la passation des bilans pour vous les présenter ici. Ainsi, les bilans psychologiques vous seront présentés en premier, puis les bilans psycho-musicaux. Évidemment, nous allons tenter de faire ressortir certains éléments de nos bilans au détriment d’autres. Ceci reste un parti pris. Nous vous présentons surtout la clinique de nos pratiques, il est évident que tout cela est bien subjectif.

### **a. Mathieu<sup>4</sup> et la cellule rythmique “doudou”**

Mathieu est en classe de CM2, il a 10 ans. Il vient au CMPP suite à plusieurs incidents à l’école, principalement des crises de colère avec violence. Bien qu’il reconnaisse les faits, Mathieu ne peut pas en dire grand-chose. Par ailleurs, il est très investi dans son club de foot, où cela se passe mieux qu’à l’école.

#### Points essentiels du bilan psychologique

---

<sup>3</sup> Selon la trame développée par Jacqueline Verdeau-Paillès (1981) et l’ayant aménagée pour les enfants où des questions sont posées sur l’environnement sonore du sujet mais aussi de son entourage, puis d’un test d’audition d’œuvres qui se rapproche grandement des tests projectifs de type Rorschach et TAT/CAT dans leur

conception, et un bilan actif où le patient est amené à s’exprimer avec les instruments.

<sup>4</sup> Pour des raisons de confidentialité, les prénoms des patients ont été modifiés.

AM : Tout au long du bilan, Mathieu entretient un contact relationnel qui permet un minimum d'échanges. La plupart du temps, il est silencieux, mais répond sans difficulté aux questions que je peux lui adresser. Il peut amener quelques éléments personnels et poser des questions, mais cela reste rare. Son attitude calme donne une impression de contrôle qui laisse peu d'émotion transparaître sur son visage. Ses résultats au WISC-V oscillent entre la moyenne et la moyenne forte. Aux épreuves projectives, il y a un manque d'aisance qui passe par une expression corporelle à bas bruit (gesticule sur la chaise, baille à de nombreuses reprises) plus que par des manifestations comportementales franches. Au Rorschach, il y a 4 planches sur 10 qui sont refusées. Au Rorschach comme au TAT, toutes les représentations de relation sont évitées. Mathieu donne l'impression d'être bien adapté, mais cela semble être en surface et au moins au détriment de l'expression de son vécu interne.

Il m'a semblé alors qu'une indication en groupe thérapeutique était plus appropriée, car une prise en charge en psychothérapie individuelle aurait certainement été laborieuse et aurait suscité de la réserve, de l'inhibition. Il y avait un travail conséquent à faire sur les capacités d'élaboration et d'accès aux ressentis internes, la musicothérapie pouvait offrir cet espace.

#### Points essentiels du bilan psycho-musical

VD : Plusieurs éléments du bilan psycho-musical mettent en avant une anxiété chez Mathieu qui semblait plus maîtrisée lors du bilan psychologique. Tout d'abord lorsque nous évoquons le sujet du silence, Mathieu répond avoir toujours « un truc à dire, parce que sinon il y a du silence ». Pour lui le silence « est bizarre et perturbant ». Lors du test d'audition d'œuvres, cette anxiété se manifeste à nouveau. Après le 7ème extrait (œuvre utilisant des bruits usuels agressifs), Mathieu se braque et change sa façon de répondre. Il a des difficultés – qui n'étaient pas apparues juste là – dans l'expression de ses affects ainsi que de son imaginaire, et fait des réponses courtes, peu variées, et défensives. Ce type de réponse va persister jusqu'à la fin du

test. Mathieu peut donc s'épancher, mais jusqu'à un certain point. Lorsqu'il fait face à des émotions désagréables, comme c'était sans doute le cas dans le 7ème extrait, il se ferme et ne peut dépasser cet état. Pendant le test actif, l'anxiété de Mathieu se révèle à nouveau, cette fois dans son jeu ou plutôt dans son manque de créativité. En effet, pendant un dialogue sonore, il joue une cellule rythmique qu'il répète à de nombreuses reprises sur la derbouka. Il ne peut se risquer à proposer quelque chose de nouveau. Cette cellule rythmique persistante le suivra jusqu'en séance groupale.

#### Conclusion et éléments de comparaison des bilans de Mathieu

Les deux bilans se répondent et se complètent, avec des éléments venant préciser le profil psycho-émotionnel de Mathieu. La dimension anxieuse est d'autant plus évidente avec le bilan psycho-musical. Bien que l'utilisation de mécanismes de défense manquant de souplesse soit observée dans les deux bilans, celui psycho-musical où Mathieu se braque, marque un tournant. Mathieu se replie sur lui-même et cela persiste jusqu'à la fin de l'épreuve.

Ces bilans nous donnent des indices du comportement que Mathieu aura plus tard, en groupe. En effet, lors des premières séances groupales de communication sonore, il est plutôt en retrait et dans l'observation. A son club de foot (activité très investie), il a appris une phrase rythmique. Il reproduit cette phrase à chaque temps du groupe, et cela systématiquement avec le même instrument : une derbouka. La répétition de cette cellule rythmique connue et maîtrisée a certainement eu une fonction de réassurance. Toutefois, cela a aussi eu pour conséquence de le couper de ses ressentis, d'un dialogue avec les autres et de possibilité d'exploration créative du sonore. C'est seulement six mois plus tard qu'il a commencé à lâcher cet agrippement en s'autorisant à explorer d'autres cellules rythmiques ou en maniant la derbouka différemment. Malheureusement, le groupe s'est arrêté avant que l'on puisse s'aventurer dans d'autres horizons sonores et psychologiques.

Nous n'avons pas observé d'aspect agressif manifeste dans son comportement pendant les séances, comme cela pouvait être vu à l'école où il était souvent en conflit avec d'autres garçons. Il est à noter cependant que, puisqu'il était le seul garçon dans le groupe, il était certainement moins exposé à des effets de rivalité qu'il aurait pu rencontrer au contact du masculin.

## **b. Amelia et la question du transgénérationnel**

Amélia est en classe de CM2, elle a aussi 10 ans. Elle vient au CMPP pour des troubles anxieux et troubles de l'endormissement qui se manifestent dans la majeure partie des cas lorsqu'elle dort chez son père. Ses parents sont divorcés depuis sa toute petite enfance.

### Points essentiels du bilan psychologique

AM : Pendant le bilan psychologique, Amelia montre d'excellentes capacités intellectuelles. C'est une enfant intelligente, dont la majorité des résultats au WISC-V se situent dans la zone très supérieure à la moyenne. Amelia présente de fortes exigences personnelles et peut se montrer déterminée, voire acharnée, la rendant particulièrement sérieuse pendant les épreuves du WISC et laissant peu de place à une dimension plus ludique. Dans les épreuves projectives, les représentations de relation sont souvent sous le signe de la dispute, ou de l'emprise. L'autre est perçu comme s'imposant par la force et dictant la juste façon de faire ou de penser. Il y a une recherche de maîtrise du savoir qui lui permet à la fois une voie de dégageant de ses préoccupations et une affirmation de soi, mais qui provoque également un manque de lâcher prise et empêche l'accès au vécu d'émotions plus dissimulé.

Concernant les suites, pour l'indication thérapeutique, Amelia semblait avoir les ressources suffisantes pour bénéficier d'une

psychothérapie individuelle, mais les enjeux actuels qu'il y a autour du savoir et de la parole auraient pu également la freiner. Il m'a alors semblé plus judicieux de lui proposer une prise en charge groupale, avec comme médiation la musicothérapie, car cela lui permettait une approche moins frontale de ses préoccupations.

### Points essentiels du bilan psycho-musical

VD : L'entretien préliminaire au bilan psycho-musical a apporté des éléments précisant un climat particulier concernant le sonore. Tout d'abord, d'après l'histoire familiale, il apparaît que la mère d'Amélia a un vécu difficile concernant l'apprentissage musical : pendant 10 ans elle a joué du violon par obligation, car dans sa famille il fallait jouer d'un instrument pour « faire bien ». De plus, lorsqu'elle évoque la petite enfance d'Amélia, elle décrit les hurlements de sa fille puis exprime son rejet profond des cris d'enfants. Elle considère que du moment que l'on peut parler, il faut utiliser ce moyen de communication.

Amelia, quant à elle, dit « détester le silence », sauf en classe où « il est le bienvenu ». Pour elle, le silence lui donne l'impression d'être « seule au monde », elle a peur de ne pas être « protégée », de pas savoir, ni pouvoir, se défendre. Les réponses affectives du test d'audition d'œuvres (C4 dans le psychogramme<sup>5</sup>), combinées à la forte présence de réponses visuelles complexes (C2) et le peu de défenses, mettent en évidence la réceptivité globale d'Amelia au sonore. Néanmoins, la présence des verbalisations ambiguës évoquées plus haut, le peu de réponses sensorielles ainsi que l'inexistence des réponses souvenirs (C3) montrent que cet accès aux émotions peut être ambivalent chez elle. La richesse de ses verbalisations dénote tout de même une belle capacité à l'imagination ainsi qu'à l'élaboration symbolique, ce qui peut être un point de départ pour un travail sur les affects.

Lors de la partie active du bilan, Amélia montre une forte réticence à faire corps avec les instruments : elle ne supporte pas la proximité

---

<sup>5</sup> Voir l'ouvrage sur le bilan psycho-musical de Jacqueline Verdeau Paillès (1981).



physique du djembé et de la derbouka et préfère utiliser les mailloches comme intermédiaire pour éviter le contact direct des instruments.

### Un point d'interrogation émerge sur les berceuses

Lors des questions de l'entretien psychomusical, les parents disent ne pas avoir d'origines culturelles particulières, bien que la mère chantait une berceuse en espagnol à Amelia. C'est le père d'Amelia qui relate cette information, la mère quant à elle ne dit rien. Quand nous serons seules, Amelia évoque une arrière grand-mère espagnole mais le père, que nous voyons régulièrement lors des accompagnements d'Amelia, semble surpris quand je l'interroge sur le sujet. Je sens que c'est un sujet délicat sur lequel il ne faut pas trop insister, notamment avec la mère. Est-ce un fantasme sur la quête des origines de la part d'Amélia ? Ou bien est-ce un effacement mnésique de l'histoire familiale de la part des parents ?

Les deux bilans se recoupent donc de diverses façons. D'une part, aussi bien dans les épreuves projectives que dans le test d'audition d'œuvres, nous retrouvons des images en mouvement, mettant en lumière l'imaginaire foisonnant mais aussi le fond anxieux qui existe chez Amélia. D'autre part, sa problématique se traduit différemment dans les bilans : dans le bilan psychologique, par son langage qui devient tremblotant et haché lorsqu'elle se déstabilise (ce qui n'arrive pas avec Violetta Donini), et dans le bilan psycho-musical, par la gêne corporelle de sentir la proximité avec les instruments.

### La question du transgénérationnel

En relisant nos bilans, mais aussi en revoyant nos notes de séances, nous nous sommes posé la question de l'histoire familiale et peut-être d'un trauma transgénérationnel qui aurait pu affecter Amélia. C'est à partir d'un travail pluridisciplinaire qu'a pu émerger cette réflexion car les bilans seuls ne nous donnaient que des pistes. La relation étrange avec

l'Espagne, le retour d'Amelia mais aussi le non-dit de la mère sur ce choix de berceuse nous a paru très signifiant.

Amelia est partie du CMPP car elle allait mieux. Nos interrogations ne seront sans doute pas élucidées pour nous, mais elles continuent de confirmer combien les questions relatives à l'environnement sonore *in utero* et de la petite enfance font émerger des souvenirs précieux pour le travail thérapeutique. En effet, il nous semble que les questions posées par les psychologues sur la petite enfance peuvent amener plus de résistance que celles posées par les musicothérapeutes sur le sonore. La fonction des psychologues est connue ; celle des musicothérapeutes, de nos observations, amène souvent moins de méfiance chez les patients, petits et grands.

### **c. Conclusion**

Pour comparer nos bilans, nous sommes parties d'un même sujet. Des ressemblances de comportement allaient nécessairement apparaître, c'est pourquoi nous n'avons pas mis l'accent dessus dans cet article. Ce qui nous a paru intéressant était d'observer les similitudes réactionnelles des patients face au bilans révélant des similitudes structurelles des bilans.

Ainsi, des modalités d'expression similaires au Rorschach et au test d'audition d'œuvres sont apparues, mais aussi entre le TAT et le bilan actif (avec les instruments). Le cas de la troisième participante du groupe, qui n'a pas été présenté, était également significatif : la patiente a refusé aussi bien le Rorschach que le test d'audition d'œuvre, tandis qu'elle s'est montrée beaucoup plus expressive lors des épreuves sollicitant un support plus concret (TAT et explorations instrumentales du bilan psycho-musical). De même, les questions directes de nos bilans ont suscité chez elle des réponses très inhibées. Cela s'explique sans doute par la nature des épreuves. Dans le Rorschach et le test d'audition d'œuvres, il est question de la projection, donc de l'interprétation du patient à partir d'un support abstrait, alors que pour le TAT et le bilan actif

l'élaboration se fait à partir d'un support plus concret.

A propos des indications faites suite au bilan psychologique, il semble que pour les trois patients, il y avait quelque chose d'un non laisser-aller aux émotions, mais aussi que le langage était peut-être le vecteur d'une crispation et d'une rigidification des défenses. Ces problématiques justifiaient pour nous une approche par une médiation non-verbale et groupale ; les bilans psycho-musicaux ayant confirmé la réceptivité au sonore des patients, le groupe de communication sonore nous semblait être la meilleure réponse thérapeutique.

Toutefois, est-il possible de poser une indication rigoureuse, scientifique ? En écrivant ces lignes, il nous a semblé que l'indication est une affaire de sensibilité proche de l'intuition. Sans doute, des éléments peuvent nous échapper ou être sujets à interprétation. Finalement n'est-ce pas pour cette raison que, pour appréhender la complexité d'un individu, nous pratiquons souvent plusieurs bilans de disciplines différentes?

### **3. Question de la place du thérapeute : réflexions personnelles**

VD : Pour penser la pluridisciplinarité, la question qui est revenue dans chacun des groupes, c'est la place occupée de l'une par rapport à l'autre. Comme s'il nous était nécessaire de préciser l'identité professionnelle de chacune pour ne pas empiéter sur le terrain de l'autre. Souvent, nous avons voulu définir et délimiter l'identité de la psychologue et de la musicothérapeute. Nous avons tenté de comprendre quelle est l'essence qui nous caractérise et nous différencie. Cette question n'est pas simple mais la réflexion qui l'entoure est très riche.

Depuis janvier 2021, Alice Miller et moi-même animons à nouveau un groupe thérapeutique ensemble. Il nous est apparu que finalement le groupe de Communication Sonore avait été pensé comme un dispositif de musicothérapie, mais avec une psychologue comme "infiltrée", presque - mais pas tout-à-fait - à l'insu des patients. En effet, j'ai souvent le

rôle de meneuse des séances ; les patients l'ont eux-mêmes verbalisé récemment : j'ai été définie comme "musico-heuuuuu" et Alice Miller comme mon "assistante".

Lors de cette deuxième mouture du groupe, nous avons également noté que chacune a pris de l'aisance dans les domaines de compétences privilégiés de l'autre. Mais nous sommes là aussi pour donner un retour. Alice Miller a aiguisé mon regard sur l'importance de la formulation et de ce qu'implique le choix des mots sur le plan relationnel. De même, il m'est arrivé d'intervenir suite à la proposition d'Alice Miller d'imaginer une situation émotionnelle et de la traduire via des instruments. Ainsi, je lui ai précisé qu'il était plus évident pour les patients de partir du sonore pour ensuite verbaliser sur les ressentis qui ont pu émerger pendant et après l'improvisation.

AM : Lorsque j'ai commencé le groupe avec Violetta Donini, ma place était comme au même niveau que celles des patients. Je participais aux improvisations sonores au même titre que les enfants, tandis que Violetta Donini était en dehors du cercle de Communication Sonore, observatrice et garante du cadre. Les exercices et jeux rythmiques étaient proposés par Violetta Donini et mes interventions se faisaient au moment de la verbalisation de ressentis et dans le post groupe lorsqu'il s'agissait d'analyser les manifestations individuelles ou groupales.

Aujourd'hui, alors que notre groupe a repris, je vois que nos places ont bien changé. Violetta Donini semble avoir pris de l'aisance pour favoriser la verbalisation de ressentis chez les patients et s'autorise plus à prendre cette place. De mon côté, ma pratique de groupe thérapeutique et peut-être aussi ma place au sein d'une batucada, a fait évoluer mon regard sur l'objet du sonore dans un groupe. Actuellement, nous co-créons chacune des séances. Tantôt je propose des mises en situation sonores favorisant l'imaginaire, la créativité ou l'expression, tantôt c'est Violetta Donini. Le groupe semble pensé dans une co-construction, où chacune apporte son expérience. Toutefois, la place effective au moment du temps du

groupe me semble encore en construction, comme dans un ajustement relationnel.

Au-delà d'une stricte délimitation identitaire personnelle ou professionnelle figée, la question du travail pluridisciplinaire m'apparaît aujourd'hui comme une prise en considération de la temporalité des individus au sein du groupe, et leur capacité à évoluer et changer. A un moment "T", nous arrivons avec un certain bagage, une certaine expérience et savoir. Aussi avec le temps, cela est amené à évoluer et le constat de ce changement ne peut se faire qu'avec un regard porté en arrière sur le chemin parcouru, la relation entre la place et le pluridisciplinaire peut alors être pensée.

## **II. Groupe musicothérapie- psychomotricité: Le pendant de la séance**

Violetta Donini, musicothérapeute

La psychomotricienne avec laquelle j'ai mené le groupe n'a pas pu travailler à la rédaction de cet article. Je me suis donc chargée de restituer ici l'essentiel de nos échanges, avec son accord.

### **1. Historique du groupe**

Ce groupe a débuté en 2017-2018, lorsque j'étais stagiaire dans le cadre de mon M2 de musicothérapie à l'université Paris Descartes. J'avais au préalable fait un stage d'observation avec Alice Fillias l'année précédente, c'est ainsi que j'ai rencontré ma future collègue psychomotricienne. Ce groupe a réuni des jeunes filles entre 7 et 9 ans, ayant toutes des troubles de la communication, avec une forte inhibition. Pour certaines patientes, l'indication groupale était posée car les suivis individuels déjà proposés ne permettaient plus d'avancer suffisamment, créant un cocon qu'il fallait tiercéiser. Pour d'autres patientes, l'indication du groupe était la première prise en charge au CMPP. Le choix de ce groupe spécifique était sous-tendu par l'idée d'une communication par le sonore et l'infra-verbal

compte tenu de la difficulté d'interagir par la parole pour ces patientes.

Les objectifs du groupe se centraient donc sur l'expression de soi, la relation à l'autre et l'interaction par le sonore et l'infra-verbal. Comme tout groupe, nous avons pour intention de travailler la place de l'enfant dans ce type de situation mais sous le prisme de la musicothérapie et de la psychomotricité, soit en engageant moins le verbal que la psychologie et l'orthophonie. Le groupe a duré 2 ans, puis il a subi une double interruption, la première car j'étais en congé maternité jusqu'à janvier 2020, la seconde avec le COVID. Suite au confinement, nous avons tenté la mise en place d'un nouveau groupe mais seuls 2 patients y ont été intégrés. Ce n'est que depuis novembre 2021 que nous avons finalement un "vrai" groupe, constitué de quatre enfants scolarisés du CP au CE2.

### **2. Hétérogénéité, homogénéité des indications**

Lors de la constitution du premier groupe, nous avons proposé, afin que nos collègues puissent nous indiquer des patients, des critères assez larges. En effet, il s'agissait de travailler avec des enfants qui souffrent de troubles psychomoteurs en ayant également des difficultés pour exprimer leurs affects. Il est ici intéressant de noter qu'une homogénéité des indications s'est avérée. Pour le groupe de musicothérapie et de psychomotricité, seules des filles avec une inhibition marquée nous ont été adressées. Cela est d'autant plus marquant car les garçons sont majoritaires dans les prises en charges au CMPP. Pour le groupe de musicothérapie et d'orthophonie, qui regroupait des enfants du même âge que celui de musicothérapie-psychomotricité, seuls des garçons avec des troubles du comportement nous ont été adressés.

Nous nous sommes questionnées sur ces indications si homogènes : pourquoi la musicothérapie associée à la psychomotricité attirait, aux yeux de nos collègues faisant les indications, des jeunes filles fortement inhibées alors que la combinaison musicothérapie-

orthophonie portait majoritairement des jeunes garçons ayant des troubles du comportement ? Est-ce le hasard, le résultat des contingences (jours et horaires des groupes) ? Est-ce dû à la perception de ceux qui avaient fait les indications (pédopsychiatres et collègues), soit de nos possibles singularités personnelles qui comptent dans la prise en charge de telle ou telle pathologie, soit des associations de disciplines qui ont été comprises comme des dispositifs répondant mieux à telle ou telle situation clinique ?

Lors de la poursuite du groupe psychomotricité et musicothérapie en 2021/2022, les indications sont devenues plus hétérogènes traduisant sans doute une évolution des perceptions de nos collègues quant à cette association de disciplines.

### **3. La question de la place**

#### **a. L'infra-verbal et le verbal**

La psychomotricité et la musicothérapie privilégient l'infra-verbal comme mode d'expression, mais pas uniquement, bien entendu. Dans les deux disciplines nous observons l'expression du visage mais aussi la posture, l'investissement de l'espace physique et sonore, le geste et la production vocale. L'infra-verbal est l'expression de la vie émotionnelle du sujet et nous le privilégions pour favoriser une meilleure communication et interaction avec l'autre. Sur ce point, ma collègue psychomotricienne et moi nous sommes rapidement comprises. Ainsi, j'ai moins senti de tension avec le verbal dans ce travail en co-thérapie que dans les autres groupes (orthophonie - psychologie) où je pouvais avoir l'impression par moments que le sonore entraînait en compétition avec le verbal, ou que le verbal était superflu dans une situation donnée, ce qui n'était pas forcément un point de vue partagé par mes collègues.

Cette question de la place du verbal dans chaque profession n'est pas résolue et est propre à chaque groupe. Dans les trois groupes que j'ai pu co-animer, cependant, le verbal a souvent été, finalement, en conflit avec l'infra-verbal et

nous avons peiné à trouver une solution à cette situation. Dans le groupe actuel de psychomotricité-musicothérapie, il est évident que cette tension est une manifestation des difficultés de nos patients. Dans ce groupe, le retour sur les ressentis est donc très structuré (anneau de la parole, une phrase, un mot, un dessin, uniquement en début de séance et à la fin).

#### **b. Faire groupe : accordages**

La question de comment "faire groupe" n'est pas simple. Il ne suffit pas de rassembler des personnes et de proposer des activités pour que cela advienne ; il est important de trouver un moyen de faire lien. Pour notre premier groupe constitué de jeunes filles inhibées, cela s'est avéré être difficile, initialement. En effet, il était plus aisé pour chaque patiente d'aborder une activité seule plutôt que de faire d'emblée un retour groupal. Un dispositif tel que la Communication Sonore n'étant pas possible, nous proposons plutôt des explorations instrumentales et sensorielles en concomitance, pour éviter que les patientes souffrent trop d'un regard posé sur elles, ou encore d'un silence en attente de production sonore. Ainsi, nous explorions individuellement un ruban de GRS, ou plusieurs instruments que nous faisons tourner dans le groupe. La psychomotricienne et moi donnions un retour verbal sur ce que nous observions, ou reprenions à travers des imitations corporelles et sonores. L'accordage était-il présent ? A ce moment-là, faisons-nous groupe ?

L'accordage affectif, concept développé par Daniel Stern, se concentre notamment sur les interactions entre le parent et son enfant : "On peut concevoir la mère et le bébé comme un véritable système dyadique où chaque modification chez l'un entraîne une réorganisation des deux" (Gratier, 2001, pp. 11-12). Quand on transpose ce concept à la séance de musicothérapie, on voit bien qu'il est crucial, aussi bien dans les dialogues sonores que dans les interactions verbales et infra-verbales. Sur ce concept commun, ma collègue et moi avons pu créer une réflexion partagée, grâce à laquelle

nous pouvons élaborer des séances et leur progression en fonction de nos observations cliniques. Nous avons ainsi été attentives à “ l'accordage mutuel des états subjectifs [qui] les fait entrer en résonance pour former un seul espace mental, l'espace intersubjectif.” (Gratier, p.12) ce qui pour nous représentait un objectif primordial de notre groupe.

Finalement, l'accordage s'est fait progressivement, par la régulation tonique groupale et l'enveloppe sonore. Ainsi, jouer avec différentes vitesses, amplitudes, et hauteurs d'un parachute a permis aux patientes de s'accorder les unes aux autres dans un dialogue tonique, sans que l'on perçoive exactement qui initiait le mouvement. Le parachute, qui était tenu par toutes, devenant vecteur de l'énergie groupale, se transmettant de part et d'autre sans qu'il y ait de verbalisation. Sur le plan sonore, nous faisons également enveloppe : le bruit du parachute accélérant et décélérant, les rires associés des participantes, tout cela contribuant à faire une expérience groupale accordée.

De même, l'association du chant et des mouvements corporels a permis de faire lien dans le groupe sans que cela soit trop mal vécu par des participantes ayant tendance à un repli sur soi. Chanter une même chanson, avec l'accompagnement du ukulélé, tout en se déplaçant diluait sans doute la pression d'un regard qui pouvait être inhibant car nous n'étions pas face à face en cercle mais nous nous déplaçons à notre guise. Le sonore enveloppant était là également : d'abord constitué majoritairement de la voix des thérapeutes et du ukulélé, le chant des patientes a pu progressivement se faire entendre, ainsi que le bruit des corps de chacune se déplaçant.

### **c. Identité professionnelle et matériel thérapeutique**

Pour créer un espace intersubjectif et pour faire groupe, la question du rôle de chacune des thérapeutes, garantes de leur discipline, peut se poser. D'une part, les interventions de l'autre sont évidentes par moments : les activités plus axées sur le corporel sont prises en charge

spontanément par la psychomotricienne, et celles qui le sont davantage sur le sonore par la musicothérapeute. Toutefois, il peut y avoir des surprises. Dans le cadre de ma pratique individuelle en musicothérapie, je travaille régulièrement dans une salle contenant du matériel utilisé en psychomotricité : rubans, balles sensorielles, pois chiches, semoule, mousses d'emballage en polystyrène, boîte de coquillages, de marrons, de galets.... Que j'ai naturellement intégré à ma pratique.

Lors de notre travail groupal, la psychomotricienne et moi avons mesuré les différences d'utilisation des mêmes objets. Pour ma part, en individuel, je convoquais d'abord le sonore des objets décrits plus haut et je communiquais principalement avec les patients sur cet aspect, en approfondissant cette dimension. En co-thérapie, nous avons travaillé à intégrer plusieurs sens à la fois, le toucher, la vue, l'odorat, l'ouïe. Il est intéressant de noter que nous n'avons pas la même perception de la notion de sonore, qui pour la psychomotricité relève d'un sens parmi les autres tandis qu'en musicothérapie c'est l'axe de travail primordial. De même, la notion de proprioception en psychomotricité est essentielle, mais elle l'est également en musicothérapie, chacune l'utilisant à travers son prisme personnel et professionnel.

Il en va de même avec l'utilisation des instruments, qui sont fréquemment utilisés en psychomotricité. Pour ma collègue, il s'agit de développer des repères afin de structurer et d'organiser son schéma corporel dans le temps et l'espace. Par exemple, dans l'élaboration et la répétition du rythme, celui-ci étant central dans la structuration du mouvement et l'organisation du geste. Pour la musicothérapie, les instruments sont utilisés comme porte-parole de l'état psychique, physique et moteur de l'individu et comme moyen de communication avec l'autre. Cela n'exclut pas, bien entendu, une approche plus remédiate qui peut avoir lieu dans certaines circonstances, mais dans mon travail cela est peu fréquent. Le sonore se suffit souvent à lui-même, et quand cela n'est

pas possible, les retours verbaux sur le travail instrumental n'ont pas besoin d'avoir lieu.

#### **4. Conclusion**

Travailler avec une psychomotricienne m'a permis pour ma part d'ouvrir mon champ d'observation aux autres sens que l'audition, grâce à l'intégration sensorielle, mais aussi aux perceptions corporelles et motrices, dont le dialogue tonique. Ainsi j'ai expérimenté la façon dont nos deux disciplines sont complémentaires. Pour ma collègue, notre travail commun lui a permis d'enrichir sa pratique de psychomotricienne sur plusieurs aspects. Premièrement, elle a pu accorder plus de place au ressenti et à l'expression des affects lors de l'utilisation de matériel sonore ou sensoriel. Deuxièmement, l'improvisation s'est plus naturellement invitée dans les médiations artistiques utilisées en psychomotricité telles que la danse, l'expression corporelle, et la peinture. En conclusion, nous pouvons dire que chaque thérapeute incarne sa discipline et non pas le média dont elle se sert pour faire les séances. C'est une question de regard, l'un plus axé sur les interactions psycho-corporelles et l'autre sur les manifestations par le sonore. Cette observation est valable pour les autres groupes aussi : les grilles de lecture et les usages de chacun sont éprouvés par cette altérité professionnelle et donc élargis, assouplis et en questionnement constant.

### **III. Musicothérapie et orthophonie : L'après**

**Alice Fillias, orthophoniste et Violetta Donini, musicothérapeute.**

#### **1. Présentation du groupe : la question de l'indication**

Ce groupe s'est déroulé il y a trois ans, c'est pourquoi nous parlons de l'après. Depuis 2019, nos regards et nos pratiques ont évolué. Nous aimerions ici considérer ce qui reste de cette expérience de co-thérapie au CMPP. Le groupe s'appelait "Bla Boum", nom ludique considérant justement deux traductions en

onomatopées de nos disciplines. Ce dispositif est ainsi proposé aux collègues comme une autre façon d'aborder les problématiques relationnelles des enfants.

Ce groupe était expérimental, étant donné qu'il s'agissait pour Violetta Donini de son premier groupe en tant que musicothérapeute et pour Alice Fillias de sa première rencontre avec la musicothérapie groupale. L'indication en musicothérapie était encore floue pour certains de nos collègues. Ainsi, nous avons choisi un rapprochement par âge et c'est la même psychiatre qui nous a recommandé les quatre patients en question. Nous devons travailler sur leur difficulté commune à avoir une communication efficiente, qui entende l'altérité, qui puisse exprimer et percevoir des émotions, des limites. Pour deux d'entre eux le bilan psycho-musical n'a pu avoir lieu, ainsi nous ne savions pas comment les enfants allaient réagir au contact de la musicothérapie.

Étaient présents des garçons entre 7 et 9 ans : Jean, Nathan, Samuel et Didier. Leurs problématiques se retrouvaient sur le terrain de la communication : Jean pour des propos inadaptés et stéréotypés, Nathan pour un détournement systématique de la parole, Samuel pour son bégaiement et ses oppositions verbales parfois logorrhéiques, Didier pour son mutisme extra-familial. Les enfants se retrouvaient aussi sur leur difficulté à entrer dans le registre émotionnel et évidemment à le verbaliser.

#### **Les limites des remédiations orthophoniques en individuel proposées à ces patients**

AF : Pour deux d'entre eux, les compétences instrumentales n'étaient pas suffisamment altérées pour nécessiter une remédiation orthophonique individuelle. Pour Jean et Samuel elle avait permis des acquisitions instrumentales importantes : le code du langage écrit avait pu être compris et utilisé. Mais cette remédiation n'avait pas pu endiguer, pour l'un, une relation à l'autre se structurant sur un versant plutôt psychotique ; pour l'autre, un bégaiement massif et une anxiété avec une opposition passive dans la relation.

## 2. Illustrations cliniques

Nous allons évoquer notre expérience à l'aide de trois thèmes qui ont été marquants dans le groupe et qui ont émergé a posteriori : l'environnement sonore, la question du silence et celle de la médiation.

### a. L'environnement sonore effractant et la masse sonore

VD : Encore aujourd'hui, nous nous souvenons combien l'agitation excessive de trois participants sur quatre était envahissante, voire effractante. Cela était évident sur le plan sonore aussi bien que sur le plan psychique. Pour ma part, j'avais souvent (et c'est dans cette réflexion de l'après que m'en aperçois) l'impression de manquer d'air, d'être oppressée corporellement et psychiquement. Ces sensations étaient sans doute en lien avec le manque flagrant de structuration psychique de certains patients. Cela se traduisait donc dans le sonore par une non-structuration musicale, l'impossibilité de tours de rôle et bien évidemment, aucun accordage avec l'autre et encore moins d'accès à l'élaboration symbolique.

En effet, lors des improvisations groupales, tous les enfants, notamment Didier qui refusait de s'exprimer par le verbal, faisaient fortement retentir leurs instruments sans chercher à entrer en relation avec l'autre. Ces moments de heurts étaient marqués par des chevauchements de la parole et l'impossibilité pour chacun de se positionner comme sujets de la situation d'énonciation, c'est-à-dire comme sujets de la situation de communication envisagée au moment de son énonciation. Ils ne parvenaient donc à s'impliquer ni comme émetteur qui porte un message, quel que soit son contenu, qui puisse être entendu par un destinataire, ni comme destinataire d'un message conscient dans le schéma de communication<sup>6</sup>. Notre consigne, de ne pas

parler lorsque les instruments retentissaient (et bien sûr de ne pas jouer lorsque nous parlions) était rarement respectée, et des éclats de rire, des cris, ou toute autre manifestation corporelle bruyante s'ajoutaient à ce sonore déjà bien chargé.

Encore aujourd'hui, une de ces improvisations est restée gravée dans notre psychisme, Alice Fillias et moi l'entendons encore. Les instruments choisis étaient : une guitare jouet qui ne s'accordait pas, une flûte qui reproduisait le sifflement du train, et deux trompettes jouets avec un effet initialement assez comique; l'une ressemblait à des pleurs de bébés, et l'autre faisait des sons stridents aigus. En réécouter cette improvisation pour préparer cet article, j'ai entendu ce dont je me souvenais. L'incapacité des enfants à entrer en relation les uns avec les autres par l'intermédiaire des sons était évidente ainsi que ce que nous avons nommé "le parasitage par le verbal". Ici, un des enfants chantant-criant dans l'enregistreur déclenchait la réaction d'un autre, Samuel, "Arrête !!!". En revanche, ce qui m'a marquée suite à cette nouvelle réécoute, c'est cette sensation que personne n'arrivait à maîtriser, et encore moins à s'exprimer par son instrument. Tous semblaient entravés dans leur expression : guitare désaccordée, sons stridents qui ne sortent pas toujours, cris, recadrage des thérapeutes. Et j'ai souri en m'entendant presque crier, non pas le "on va s'arrêter là" habituel mais "On s'arrête là !!!" ferme et un peu désespéré.

Dans l'après, je me rends compte que ce que nous avons vécu correspond à la masse sonore telle que l'a décrite Edith Lecourt (2007, p.63)<sup>7</sup>. Lorsqu'il y a masse sonore, temps et espace se recouvrent. Edith Lecourt, dans son travail sur les cours de récréation, distingue deux types d'ambiances. D'une part, les ambiances compactes où la production sonore est continue, sans modulation, comme un remplissage sonore aux densités et volumes

phénomènes sonores qui peuvent advenir lors des improvisations.

<sup>6</sup> Jakobson, R. (1963). *Essais de Linguistique générale*. Editions De Minuit.

<sup>7</sup> Dans son ouvrage sur la musicothérapie analytique de groupe (2007), Edith Lecourt décrit plusieurs types de

élevés et d'autre part, des ambiances fluides où il existe un déroulement temporel avec des moments forts et d'autres plus calmes. Quand il y a masse sonore, les repères habituels volent en éclat ; en tant que thérapeutes nous étions embarquées dans ce phénomène et nous peinions à maintenir le cadre.

## **b. La régulation et le cadre**

Le difficile positionnement quant à la régulation de ces manifestations se posait donc. Le détournement de la consigne et sa transgression claire étaient des réponses habituelles de deux des patients qui mettaient à l'épreuve nos contre-transferts et notre capacité à tenir un cadre qui soit suffisamment souple pour leur permettre d'expérimenter et assez contenant et solide pour être une espace symbolique rassurant. Nous avons donc agi en co-thérapeutes, selon nos propres modes de fonctionnement : Violetta Donini pouvait être davantage dans la contenance et la proximité physique, Alice Fillias dans la réponse verbale.

La structuration du groupe était un solide schéma à l'image du cadre évoqué, notre alternance d'interventions était prévisible ainsi que les types de demandes qui pouvaient être faites, ce qui scandait et rassurait les enfants comme les thérapeutes. Nous commençons par un format court de type conversationnel, ce qui, étant un objectif, demeurait un moment d'interventions individuelles à tours de rôle. Parfois, les enfants écrivaient une phrase de leur choix pour la mettre dans une "boîte à mots" fermée, qui garantissait la protection de leurs paroles s'ils ne voulaient pas la lire pour la partager. Ensuite, il y avait souvent un moment d'écoute puis un choix de thème avec des mots associés à celui-ci au tableau, une improvisation ou encore des jeux sur le sonore. Cette alternance de nos champs théoriques procédait néanmoins à un entrelacement dans la recherche de continuité dans nos objectifs cliniques avec des échos sémantiques. Nous étions bien identifiées par les enfants et par leurs parents comme "Alice l'orthophoniste" et "Violetta la musicothérapeute" ce qui permettait de nous adresser parfois des questions ou des messages

en rapport avec nos fonctions. Cela participait donc au cadre, en signifiant que deux approches se conjuguèrent et répondaient différemment à leurs symptômes sans incohérence dans ces réponses.

## **2. La question du silence**

AF : A notre grande surprise, la recherche du silence dans ce groupe a été l'un de nos principaux objectifs. De mon côté, en tant qu'orthophoniste, je l'avais envisagée à l'écrit pour la ponctuation, dans la parole pour être intelligible, dans les remédiations concernant la voix ou le bégaiement pour maîtriser le souffle... La question du silence a pris une autre dimension avec l'apport de la musicothérapie chez des jeunes patients envahis par la parole dans une dynamique de groupe, par la manière dont elle pouvait être régulée autrement que par les mots ou le corps. Il s'agissait de faire exister le silence.

VD : Cet objectif s'est construit au fur et à mesure de l'observation du groupe. Le travail a consisté à limiter la logorrhée, à faire une phrase, comprendre qu'elle se termine dans le silence. Cela a pu être progressivement entendu et repris par les enfants. L'un d'entre eux s'en est emparé radicalement lors du jeu du chef d'orchestre. Ce dernier, qui consiste en gestes et non plus en mots pour communiquer, a permis à chacun de réguler les autres à sa guise, de telle sorte que Nathan, lorsqu'il a été chef d'orchestre, a décidé de créer un long silence à plusieurs reprises, inversant la tendance habituelle. Ce jeu mettait en avant la question du pouvoir dans le silence. Ce qui a été illustré également par Didier qui passait brusquement de la décharge sonore à l'arrêt impératif par le silence, en poing fermé. Du refus de considérer la question du silence, nous sommes arrivés à la considération de la place de chacun comme sujet pouvant réguler le rapport son/silence et accepter que chacun puisse devenir le chef à son tour. Seul Jean n'a pas réussi à tenir le rôle plus de quelques secondes, tant il était envahi par des pulsions qui ne lui en laissaient pas le temps.



### 3. Les instruments, plus qu'une médiation

AF : L'usage des instruments est régulier dans les groupes thérapeutiques quel que soit l'âge des patients. Je les avais déjà utilisés avec une psychomotricienne et une orthophoniste afin de travailler sur les fonctions exécutives, sur le rythme, sur la cohésion du groupe, sur la compréhension d'histoires et sur les compétences phonologiques. Leur usage par Violetta Donini était très différent de celui que je connaissais. Leur choix, leur emploi, leurs échos les uns avec les autres, leur harmonie ou leur dissonance, lui permettaient d'observer les différentes places qu'expérimentait chacun. Ce n'était plus seulement une médiation, un moyen d'obtenir ce qui aurait pu être obtenu par d'autres médiations. Les enfants qui, au départ, se ruaient comme sur des jouets vers les instruments, ont peu à peu eu un lien particulier avec certains d'entre eux et un rejet d'autres. L'usage de la voix comme instrument n'est pas si évident, contrairement à ce que j'attendais, souvent jugé trop précoce par Violetta Donini.

VD : Une fois que nous avons exploré la question du silence, et commencé à envisager le tour de rôle, restait l'entrée en relation par le sonore. A notre grande surprise, ce qui a enclenché cette entrée en relation a été un travail vocal. Nous avons tout d'abord écouté quelques extraits de konnakol indien, une technique d'énonciation d'onomatopées vocales, ce qui a eu pour effet de sidérer les participants. Cette sidération a sans doute plusieurs causes, imbriquées aux pathologies des patients tournant autour du verbal. Après l'écoute du konnakol, nous avons décidé de créer nos propres syllabes rythmées, et de les chanter en répétition, avec un *accelerando* progressif. Ce "konnakol groupal" a été enregistré puis réécouté ; c'est là, que pour la première fois, les patients ont pu se mobiliser suffisamment pour avoir une écoute de qualité, dénuée de parasitage verbal.

### 4. Conclusion : Points d'achoppement

Le groupe a été marqué par l'envahissement de Jean, tant sa structure psychique désorganisée avait des répercussions

sur les participants et provoquait des réactions en chaîne. La question de l'indication demeure primordiale. Un bilan préalable, comme il a été fait par la suite, en musicothérapie aurait été intéressant pour notre groupe qui était davantage constitué de patients évalués sur le plan du langage en individuel et pour l'un d'eux sur le plan psychologique.

Nous avons aussi tâtonné : il fallait faire converger nos pratiques d'abord sur des points théoriques, ce qui a conduit à considérer parfois des enjeux, tels que les aspects émotionnels, de manière trop directe. C'est avec le temps que nous sommes revenues à des questions plus indirectes mais aussi plus profondes qui avaient un lien avec ces difficultés.

### 5. Apports dans la pratique a posteriori : l'après de l'après

VD : Suite à ce groupe et au travail avec Alice Fillias, je me rends compte que j'aborde différemment certains aspects de ma pratique. Tout d'abord, le rapport à l'écrit est modifié. Comme pour la voix, je manipule cela avec grande précaution, mais je ne m'en écarte pas comme j'aurais pu le faire avant. La question du silence me travaille encore beaucoup. J'accepte plus facilement le silence en séance car j'ai pu voir avec le groupe combien cela pouvait être oppressant quand il est inexistant. Sur le plan verbal, je me rends compte que je me suis imprégnée du langage de chacune des thérapeutes avec lesquelles j'ai travaillé, et je note que le contraire est vrai aussi, lorsque j'entend mes collègues parler d'environnement sonore, d'enveloppe sonore ou du sonore, tout simplement.

AF : Les difficultés langagières en orthophonie s'analysent par le prisme de la parole, du langage et de la communication mais aussi par tous les aspects relationnels qui interviennent dans le transfert et le contre-transfert. La musicothérapie m'a ouvert des dimensions, et font d'elle une partenaire de co-thérapie particulièrement pertinente pour l'orthophonie. Les dimensions considérées et leur lecture globale sont complètement différentes. La territorialité et la pertinence de

chaque approche sont devenues claires au fur et à mesure de la co-thérapie avec Violetta Donini. Cela s'est sans cesse questionné dans l'élaboration de notre travail, ce qui m'a permis de me repositionner et me questionner sur beaucoup de points.

Par exemple, pour la question de l'environnement sonore au cabinet, dans les moments d'évaluation, dans un milieu urbain avec les travaux, dans des appartements plus ou moins occupés, dans les classes bruyantes etc. Pour la question de la voix également, je me suis rendu compte quelle violence cela pouvait être pour l'ensemble des sujets et pas uniquement pour les plus inhibés, que nous utilisions très vite la voix pour le travail des sons, des correspondances, des narrations et de la séquentialisation des histoires, de l'articulation et de la fluence. Pour la question du silence, cela a approfondi mon approche : faire entendre le son, le faire ressentir, donner du sens à la parole nécessitent de prendre davantage en considération le silence, de le faire exister.

Bien qu'on le sache abstraitement, il est parfois difficile de réaliser à quel point l'environnement sonore précède nettement le contexte d'énonciation dans le développement de l'enfant, avant son individuation. Il m'a paru intéressant de voir ces comportements sonores se matérialiser au sein du groupe. Enfin, je choisis à présent de rythmer les mots, les phrases dans une expérimentation plus libre au tambourin que dans l'exercice de répétition habituelle, pour saisir quelles phrases sont possibles et si elles sont séquentialisées. Avec un adolescent inintelligible à l'oral en raison de sa pathologie (Trisomie 21), il a été intéressant de le laisser libre de son interprétation et qu'il apprenne à s'écouter et à écouter ses silences aussi.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Voici donc un échantillon de ce que nous avons pu vivre dans ces groupes pluridisciplinaires où la musicothérapie s'allie avec la psychologie, la psychomotricité, ou

encore l'orthophonie pour créer des dispositifs thérapeutiques toujours riches d'expériences et de réflexions. Chaque séance partagée a nécessité de repenser la place, le rôle et la fonction de chacune selon sa discipline mais aussi selon le cadre thérapeutique. La polysémie des termes partagés et des situations a été évidente.

Ce constat s'est avéré dans « l'avant », la préparation des groupes et la comparaison des bilans et des observations de Violetta Donini et d'Alice Miller. Ce fut aussi observable pour le « pendant » lors de la pratique groupale, dans la discussion sur des théories, des pratiques et un usage des instruments différents sous les angles de la psychomotricité et de la musicothérapie. Enfin, dans « l'après », le discours a posteriori qui s'est construit autour de questions telles que l'émergence du silence et ce qui a travaillé le regard d'Alice Fillias comme de Violetta Donini. Oui, les situations et les termes nous apparaissaient selon nos singularités individuelles mais aussi selon nos grilles de lecture professionnelles. Elles se sont enrichies de ces trois dialogues que nous avons mutualisés en discussions qui ont donné la matière de cet article.

A travers ces expériences, la question de la place de la musicothérapie en institution s'est posée. En effet, elle est rarement présente en CMPP alors qu'elle a pu se développer davantage dans d'autres institutions. Ainsi, son ancrage dans ce CMPP était en soi un cheminement. De plus, elle s'est simultanément développée en groupe et en individuel, ce qui est d'autant plus rare dans ce type d'institution.

La création de cette nouvelle trajectoire de soin a d'abord été rendue possible au sein du CMPP par des groupes de réflexion pour que soit présentée et définie la musicothérapie. Lors de séances proposées par le Directeur, Christian Portelli, les interventions de Violetta Donini et l'étayage de lecture d'articles ont permis à l'ensemble de l'équipe de discuter la pertinence et l'usage de ce canal de soin. L'entrée de la musicothérapie au CMPP a aussi été soutenue par les expériences co-thérapeutiques qui ont été

relayées à l'équipe. Ce sont celles-ci que nous avons cherché à vous transmettre aussi.

Il reste néanmoins un travail à faire : contrairement aux autres disciplines, il est rare au CMPP, comme dans de nombreuses institutions, que la musicothérapie soit la première indication en individuel alors qu'elle peut l'être pour une prise en soin groupale. La question des diagnostics qui amèneraient d'emblée vers telle trajectoire de soin nécessite de présenter la pertinence de l'indication en musicothérapie dans des situations et des pathologies diverses.

## **Bibliographie**

- Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau*. (3è ed). Paris : Dunod.
- Carvalho, E. (2015). Chansons adressées à l'enfant à naître, résonances affectives à l'aube de la parentalité. *La revue Française de Musicothérapie*, 35 (1) 48-61.
- Houdé, O. (2015). *La psychologie de l'enfant*. (7è ed). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de Linguistique générale*. Editions De Minuit.
- Gratier, M. (2001). Harmonies entre mère et bébé: Accordage et contretemps. *Enfances & Psy*, 1(1), 9-15.
- Lecourt, É. (2006). *Le sonore et la figurabilité*. Paris : Budapest : Kinshasa [etc.] : l'Harmattan. DL 2006.
- Lecourt, É., & Avron, O. (2007). *La musicothérapie analytique de groupe : improvisation, écoute et communication*. Bressuire : Fuzeau. DL 2007.
- Stern D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris:Presses Universitaires de France.
- Verdeau-Paillès, J. (1981). *Le Bilan psychomusical et la personnalité*. Bressuire : Fuzeau.